

請 求

請求書を郵送する日
付をご記入ください。

年 月 日

市町村長 様

法人名義の口座に振り込む場合は「医療機関
名」も法人名からご記入ください。

医療機関所在地

〇〇市〇〇1-2

医療機関名

医療法人〇〇会〇〇クリニック

登録番号

(インボイス制度参加事業者)

代表者名

〇〇

振込金融機関

〇〇

口座番号

(普通)当座

(フリガナ)

イリョウホウジンマルマルカймアルマルクリニック

口座名義

医療法人〇〇会〇〇クリニック

この印が代表者印
(訂正印に使用す
る印になります)

松本市へ請求いただく際には、振込口座の
情報は省略せず、お手数ですが
毎回ご記入いただくようお願いします。

予防接種の市町村間相互乗入れ業務委託に基づき(

月分)の接種を行ったものについて、下記のとおり請求いたします。

請求金額(合計)		117,399円
税込金額	内消費税額	
117,399円	10,672円	

こちらに記入する月は、ひと月のみとしてください。
(10・11月分)というような記載は受理できません。

接種したワクチン		人数(人)	委託料単価(円)			(円)
			手技料	ワクチン代	消費税(10%)	
五種混合(DPT-IPV-Hib)						
四種混合(DPT-IPV)						
二種混合(DT)						
麻しん・風しん混合(MR)		1人	3,260	5,920		
麻しん						円
風しん						円
日本脳炎						円
BCG						円
不活化ポリオ						円
子宮頸がん	2価(サーバリックス)					円
	4価(ガータシル)					円
	9価(シルガード9)	1人	3,260	23,750	2,701	29,711円
ヒブ(インフルエンザ菌b型)						円
小児用肺炎球菌	13価(プレベナー13)					円
	15価(パキュバンズ)	1人	3,260	7,200	1,046	11,506円
水痘						円
B型肝炎(ヘパタックス)						円
B型肝炎 (ビームゲン)	(0.25mlバイアル)					円
	(0.5mlバイアル)					円
ロタウイルス	1価(ロタリックス)					円
	5価(ロタテック)					円
接種不可能者 (予診のみ)	小児					円
	成人		(予診料)			円
請 求 額						51,315円

インボイス対応の請求書で請求
される場合には、内消費税額ま
で漏れなくご記入ください。

A類疾病は税別価格を設定しています。
「手技料」「ワクチン代」「消費税」「請求額」
全てにご記入をお願いします。

【手書きで請求書を作成する際はご注意ください】
書き損じがあり訂正する場合は、訂正印が必要になります。
・訂正箇所は二重線で消してください(修正液、修正テープ不可)。
・訂正箇所全てに、訂正印(請求書右上部に押印の代表者印と
同じ印)を押してください。
・訂正箇所の近くの余白に正しい文言を記入してください。

接種したワクチン		人数(人)	委託料単価又は請求単価(円)			請求額 (人数×単価)
			手技料	ワクチン代	消費税(10%)	
高齢者 インフル エンザ	自己負担有	1人		3,640		3,640円
	自己負担無	1人	4400		440	4,840円
新型コロナ	自己負担有	バイアル 1人		13,501		13,501円
		シリンジ 1人		13,501		13,501円
	自己負担無	バイアル	3,910		1,391	15,301円
						5,301円
高齢者 肺炎球菌	自己負担有					円
	自己負担無					円
請 求 額						6,084円

松本市ではB類疾病については、手技料・ワクチン代を合わせた金額を委
託料として設定しています。
手書きで請求書を作成される場合は、上記の例のように、手技料とワクチン
代を合わせた単価であることが分かるようご記入ください。
修正液・修正テープ等で請求書の枠線を消さないでください。

注1) 接種医療機関は、他市

(各々市町村の料金に)

注2) 2回目請求以降、振込

することができます。

注3) 自己負担有の場合は、自己負担分を差し引いた額(市町村負担額)を単価として記載

エクセルで請求書を作成される場合は、F列(手技料)とG列(ワクチン代)を
セル結合していただき、税抜き単価をご入力ください。